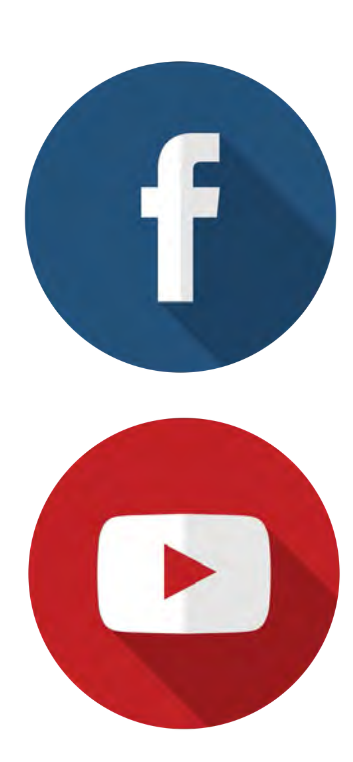
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE BÉNI MESSOUS
SERVICE DE CHIRURGIE GÉNÉRALE ET ONCOLOGIQUE
Pr. M. SAIDANI

L'ABDOMEN AIGU DOULOUREUX

OU CHIRURGICAL

Module Urgence Médico-Chirurgicale 6ème année médecine
Année universitaire 2016-2017

Dr. Brahimi Amar
Maitre-assistant

Plan:

- Introduction
- Définition
- Rappel anatomique
- Rappel embryologique

- Reconnaitre un abdomen aigu chirurgical =

  Démarche diagnostic: dg positif, dg différentiel
- Évaluer la gravité et le degré de retentissement = dg de gravité
- Rattacher à une cause= dg étiologique
- Traitement du symptôme, de la maladie

- Conclusion
- bibliographie

Douleurs abdominales

Motif fréquent de consultation = 70 % de la garde+++

Cause médicale 80%

Cause chirurgicale 20%

Indication opératoire urgente 8 fois sur 10

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR
CE QUE VOUS DEVEZ APPRENDRE

- Reconnaitre le Symptôme D.A.A.
- Reconnaitre l'urgence chirurgicale de l'urgence médicale+++
- Évaluer la gravité de la situation et le degré de retentissement
- Établir un diagnostic étiologique
- Traiter le symptôme et la cause (définir les critères de recours au chirurgien)

Prérequis:

Connaitre l'anatomie clinique et les zones de projection des organes
Connaitre la sémiologie digestive
Savoir analyser la plainte du patient (HDLM)
Savoir faire un examen clinique complet
Savoir élaborer des hypothèses diagnostics
Savoir argumenter vos hypothèses cliniques par des examens paracliniques pertinents et contributifs

INTRODUCTION:

Le diagnostic de ces syndromes douloureux constitue un des exercices les plus difficiles de l'art médical par les circonstances dans lequel il se déroule :

- intensité plus ou moins grande des phénomènes douloureux,
- anxiété du patient et de l'entourage,
- amas de questions, **nécessité d'apporter des réponses rapides**
- **et, pour le médecin, l'éternelle question :**



Existe-t-il une indication chirurgicale ?

Abdomen aigu, ou chirurgical, peut être provoqué par divers troubles, **traumatismes** ou **maladies** (appendicite, occlusion intestinale, péritonite, perforation digestive…).
Un geste chirurgical à visée curative ou exploratrice y est envisagé.

Remarque:
Les douleurs abdominales sont loin d'être toujours d'origine intra-abdominale et, en particulier **la pathologie d'origine thoracique**, qu'elle soit cardiaque, pulmonaire ou vasculaire se manifeste souvent par un tableau douloureux abdominal.

Définition:

Syndrome clinique où la douleur abdominale est sévère, localisée et à démarrage rapide.

Mondor, en 1928, a défini les abdomens aigus chirurgicaux comme étant les affections abdominales qui, pour la plupart, faute d'une intervention chirurgicale obtenue sans délai, **font succomber les malades en quelques heures ou en peu de jours**.

D'après l'OMS, il s'agit des douleurs abdominales **évoluant depuis quelques heures ou quelques jours (moins de trois)** et qui sont en rapport avec une pathologie chirurgicale nécessitant un traitement en urgence.

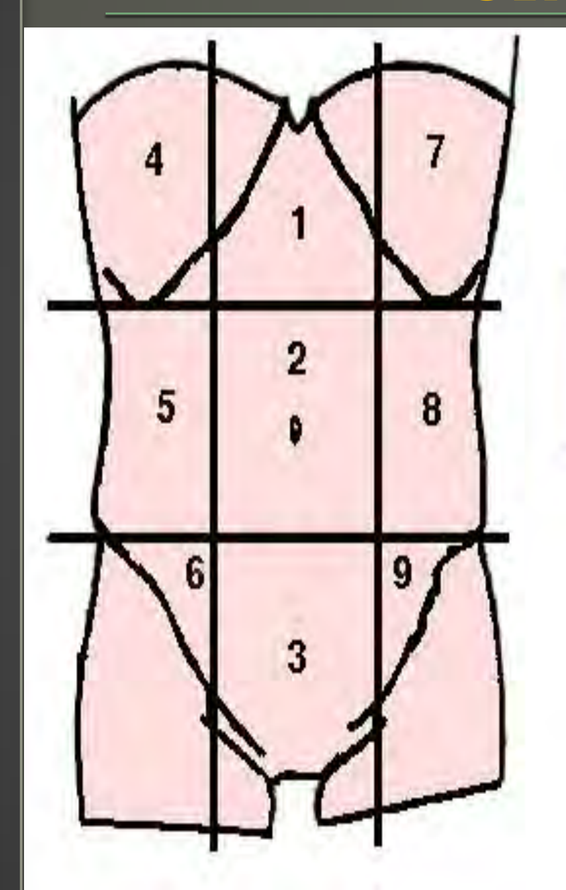
Description:

L'urgence abdominale est reconnue par:

- la **BRUTALITE** de survenue de la douleur,
- par son **INTENSITE** particulièrement **FORTE**
- et enfin par un **CORTEGE SYMPTOMATIQUE** associé **+/- BRUYANT** (choc, fièvre, hémorragie digestive).

Anatomie Topographique de l'abdomen

ORGANISATION GÉNÉRALE



LES QUADRANTS ABDOMINAUX

1 - Région épigastrique
2 - Région ombilicale
3 - Rédion hypogastrique
4 - Hypochondre droit
5 - Flanc droit
6 - Fosse iliaque droite
7 - Hypochondre gauche
8 - Flanc gauche
9 - Fosse iliaque gauche

ZONES DE PROJECTIONS DE L'ABDOMEN

- **Cavité abdominale :** séparée du thorax par le diaphragme
- **Péritoine :** membrane entourant les viscères abdominaux et se réfléchissant sur les parois abdominales, délimitant une cavité.

Surface anatomy

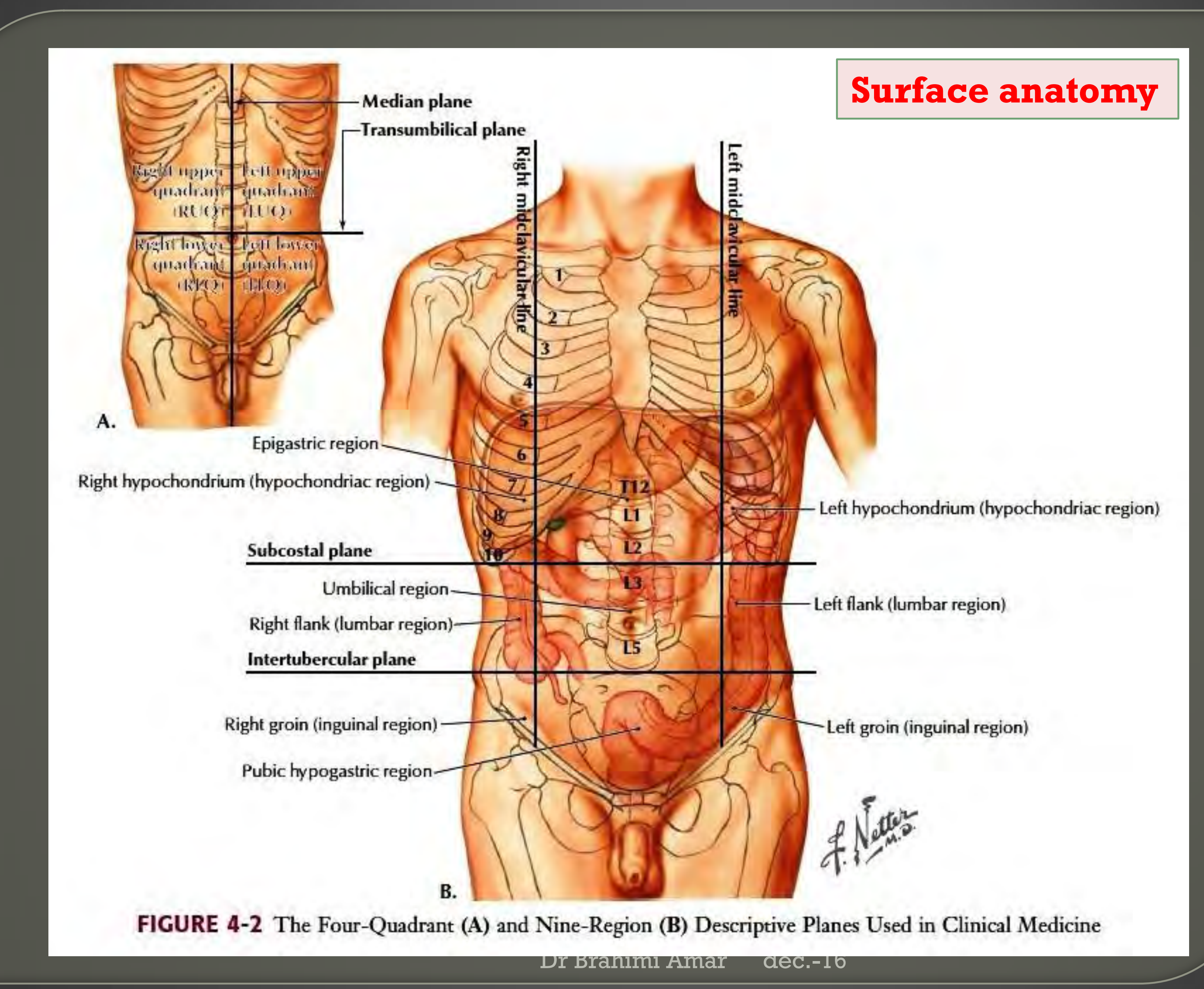


FIGURE 4-2 The Four-Quadrant (A) and Nine-Region (B) Descriptive Planes Used in Clinical Medicine

Repères anatomiques de l'abdomen:

- **Repères osseux:**

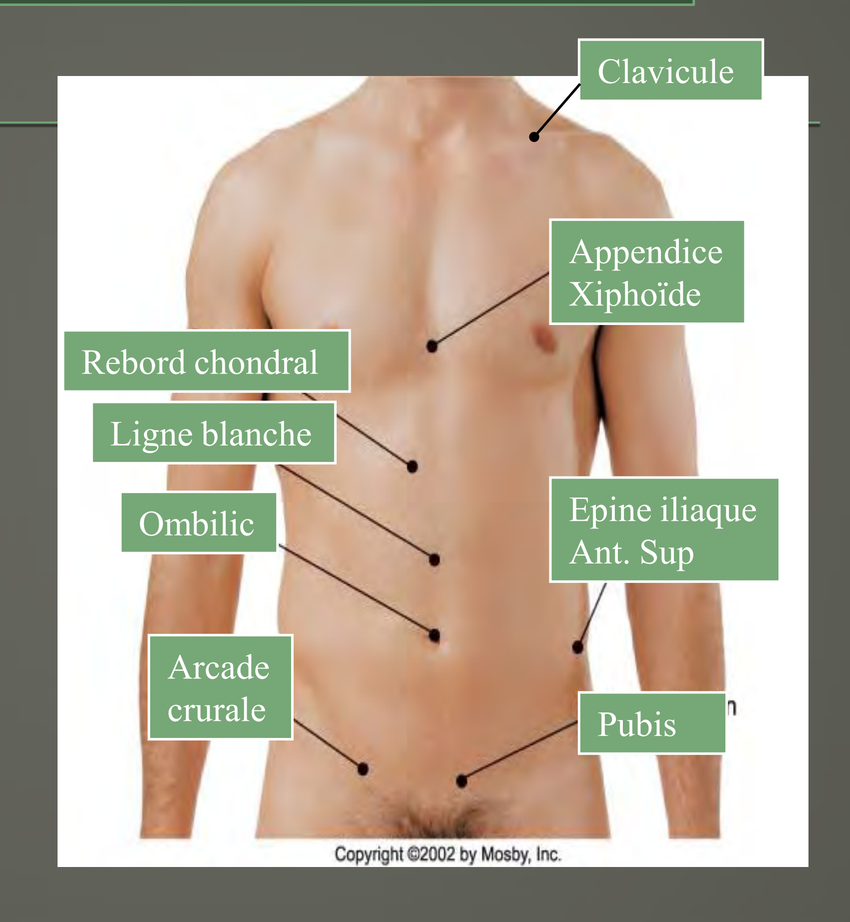
En haut par l'appendice xiphoïde du sternum, plus en dehors par le rebord costal inférieur;
En bas et en dehors: les deux épines iliaques antéro-sup;
En bas sur la ligne médiane: les deux épines du pubis facilement palpables et la symphyse pubienne.

- **Repères musculaires:**

bord externe du grand droit;

- **Repères cutanés:**

Le **sillon médian antérieur**;
L'**ombilic**, sur la ligne médiane au dessous de la parie moyenne de la paroi;
En bas par le **pli inguinal**;
La **ligne de Malgaigne**.



Ces repères vont déterminer des secteurs topographiques de la paroi abdominale qui sont très utilisés en clinique pour repérer le siège des différentes lésions abdominales

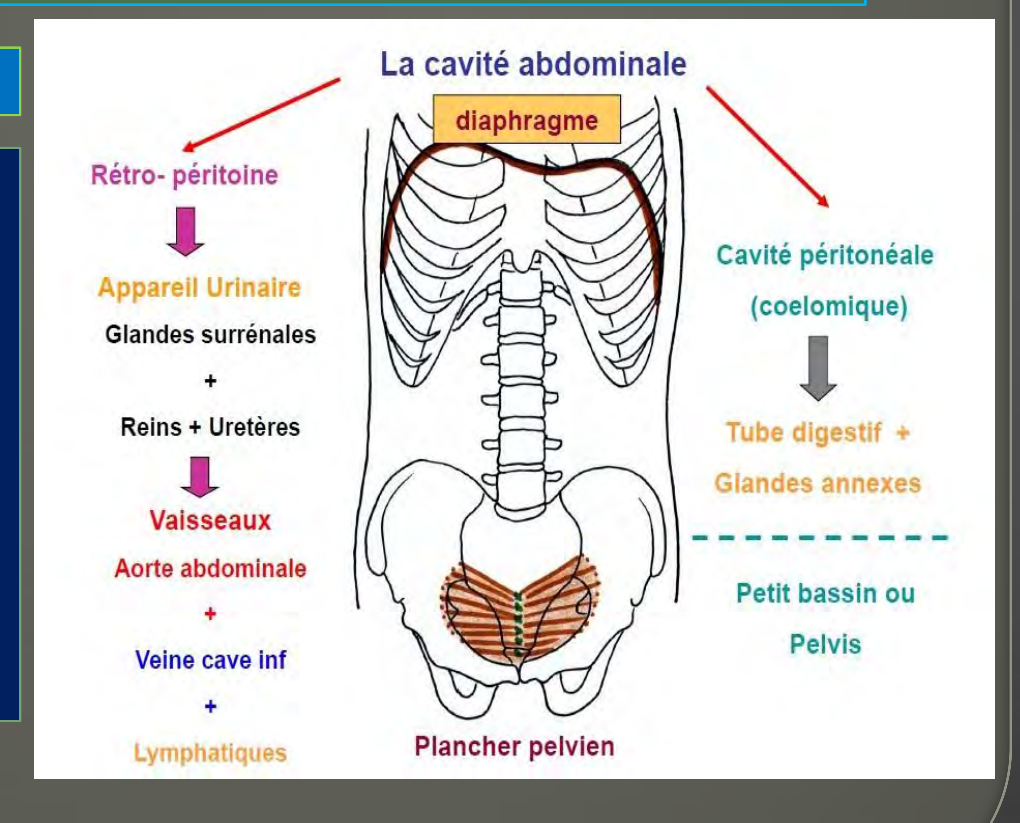
LA CAVITE ABDOMINALE = ABDOMINAL CAVITY

L'abdomen ou la cavité abdominale présente:
-Un contenant: la peau, les muscles, les formations ostéo-cartilagineuses (cotes, appendice xiphoide, os iliaque et pubis)
-un contenu: les organes pleins, les organes creux, les gros vaisseaux

LIMITES DE LA CAVITE ABDOMINALE

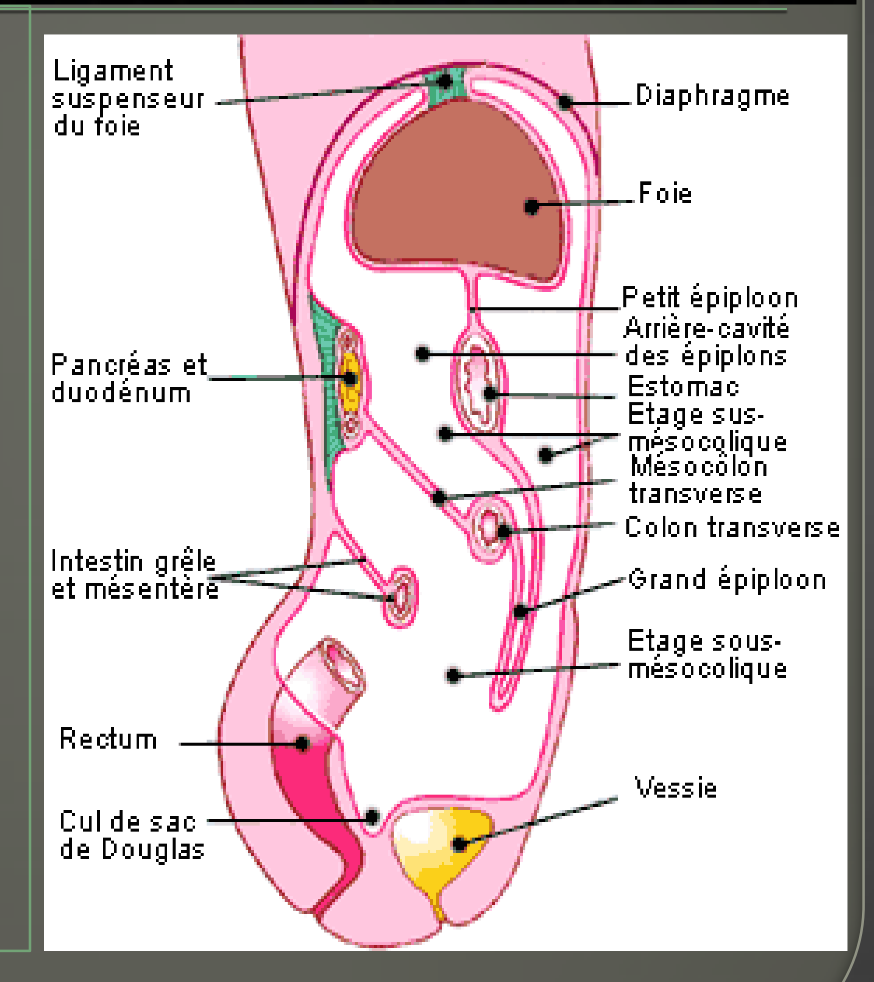
L'abdomen est une cavité avec :

- une **paroi** **SUPERIEURE** **(diaphragme avec ses deux coupoles concaves vers le bas),**
- une **paroi** **POSTERIEURE** **(colonne vertébrale),**
- **une paroi** **ANTERO-LATERALE** (uniquement **musculaire**),
- et **une paroi** **INFERIEURE** en entonnoir (**le pelvis**)



Rappel embryologique: genèse du péritoine

- **Le péritoine viscéral** dérive du splanchnopleure=>non innervé (splanchnique)
- **Le péritoine pariétal** dérive du somatopleure=>innervé (somatique)
- La douleur provient de la souffrance du péritoine pariétal qui est du à un excès de nociception.
- **la douleur viscérale pure (distension d'un organe, ischémie)** est transmise par le système nerveux autonome et n'est donc pas systématisée à un quadrant de l'abdomen. Lorsqu'il peut la localiser, le malade la situe en général sur la ligne médiane : épigastre, ombilic ou hypogastre.
- **La douleur pariétale consécutive à l'inflammation d'un organe ou du péritoine en regard** est transmise par le système nerveux central. Elle est donc plus facilement localisée par le malade à un ou plusieurs quadrants de l'abdomen.



DEMARCHE DIAGNOSTIC = L'ENQUETE DIAGNOSTIC: Comment reconnaitre un Abdomen Aigu?

- •Analyse sémiologique du symptôme (caractères, évolution dans le temps, facteurs modifiants la douleur, le siège: 9 Q), des manifestations associées
- •Terrain et Antécédents du patient, des traitements en cours ou récents
- •L'appréciation du retentissement général et local du symptôme qui permet d'évaluer la gravité du tableau clinique et le degré de l'urgence (catégoriser l'urgence chirurgicale et la PEC adaptée à la situation urgente)
- •Examen physique avec ses 4 temps + TR-TV
- •Examens complémentaires pertinents et indispensables

Apport de la clinique

L'interrogatoire et l'examen clinique sont fondamentaux et permettent :

– d'identifier la **gravité du tableau** :

1) douleur abdominale avec signes de **gravité généraux**, la *super urgence (SU) ;*
2) douleur abdominale avec signes de **gravité locaux** l'*urgence vraie (UV) ;*
3) douleur abdominale à priori **sans gravité immédiate** l'*urgence relative (UR).*

– de classer le **type de tableau** :

1) syndrome *péritonéal localisé ou généralisé ;*
2) syndrome *occlusif ;*
***3) syndrome douloureux réactionnel à une cause extra* digestive ou médicale ;**
4) Syndrome *douloureux isolé.*

– d'évoquer la plupart des causes.

NB: Aux urgences, il est plus important de prendre une bonne décision thérapeutique que de poser un diagnostic précis.

Reconnaître l'urgence chirurgicale

1- Interrogatoire +++

Analyse de la douleur:

1. Siège
2. Irradiation
3. Mode de début
4. Type
5. Horaire par rapport aux repas
6. Évolution dans le temps
7. Intensité
8. Facteurs déclenchant
9. Facteurs aggravant
10. Facteurs de soulagement

Les Signes associés : ont une très grande valeur d'orientation

L'interrogatoire est le temps capital de l'examen clinique digestif, il permet de préciser:

- **Les caractéristiques du patient**
- **Les caractéristiques sémiologiques de la douleur**
- **Les signes accompagnateurs (associés) à la douleur**
- **Les signes de gravité et le degré de retentissement**

? Signes généraux (signes vitaux + 3A+F)

Le premier objectif de l'examen est de reconnaître les **signes de gravité généraux (retentissement sur l'état général du patient)** qui imposent une prise en charge sans aucun retard comme:

- **des signes de choc, hémorragique ou autre,**
- **une détresse respiratoire,**
- **une confusion ou un désordre neurologique aigu**.

La douleur AA.

PRÉCISER SES CARACTÉRISTIQUES SÉMIOLOGIQUES = HDLM

QUOI?

Siège: 9 quadrant de l'abdomen

Irradiations

Type:

Crampe (ulcère), brûlure (reflux), colique (évoluent par paroxysmes entrecoupés de périodes d'accalmie. Ils la lutte d'un viscère creux contre un Ol déchirante, pesanteur, battante;

- douleur intense, brutale

défense ou contracture.

QUAND? COMBIEN?

Date et heure: moment d'ins rapidité de son développement ;

Intensité, évolution (intensité croissante?)

Modalités évolutives:

- Ancienneté (> ou < à 7 jours ?), x épisodes
- Rythme (continu, permanent ou intermittent)

Facteurs influençant la douleur:

- Position antalgique ? Psoïtis?
- Alimentation ? Médicaments?
- transit, Emission de gaz ?

RECHRCHER LES SIGNES ACCOMPAGNATEURS (ASSOCIES)

- N / V, pyrosis
- Troubles du transit
- sang: maelena…
- Signes urinaires
- Fièvre, ictère

RECHRCHER LES SIGNES DE GRAVITÉ

Choc hypovolémique
Choc septique
Détresse MV

PRECISER LES CARACTERISTIQUES DU PATIENT

QUI ?

Age, sexe, origine du patient; mode de vie

Antécédent:

« aucun terrain»

- terrain : VB, lithiase, ulcère, DID, vit K
- maladie connue (poussée), allergies?
- femme : DDR (troubles gynécologiques)
- chirurgie: cicatrice ou polybalafré
- hernie (externe, ombilicale)

Notion de prise de repas, d'alcool;

Notion de prise médicamenteuse:

- diabète,
- anticoagulant, vasoconstricteurs (colite ischémique);
- ATB, AINS, Aspirine….

COMMENT ?

Facteur déclenchant:

- spontanée, Position (penché en avant dans le reflux). Ingestion d'alcool (pancréatite).
- repas, biopsie, coloscopie
- traumatisme
- traitement (AB, AINS, ACG…), toxicomanie

Facteurs d'aggravation: toux (hernie étranglée).

2. EXAMEN CLINIQUE

L'examen clinique est très important, car il va permettre:
- d'orienter, voire de faire le diagnostic étiologique,
- d'évaluer la gravité du patient,
- et de poser une indication chirurgicale.

Règle d'or de l'examen clinique:
Relation de confiance et de soutien;
Etre respectueux, préserver l'intimité et la pudeur du patient
L'entretien est confidentiel, L'examinateur est lié par le secret professionnel.

IL COMPREND:
- ❖UN EXAMEN GENERAL
- ❖UN EXAMEN PHYSIQUE DE L'ABDOMEN: LES 4 TEMPS
- ❖LES TOUCHERS PELVIENS
- ❖L'EXAMEN SYSTEMATIQUE DES ORIFICES HERNIAIRES
- ❖L'EXAMEN DES AUTRES APPAREILS

Examen général:

Signes d'appréciation de l'état général et de l'aspect du malade :

-l'aspect du **Faciès**:
→**Une pâleur** extrême évoque une spoliation sanguine,
→ **toxique**: péritonite.
→ Un aspect **livide**
→**Un ictère** oriente vers une cause hépatobiliaire,
- **Une agitation** extrême évoque un obstacle urétéral ou biliaire, une **angoisse**
- **Une cyanose** oriente vers une étiologie cardio-pulmonaire, surtout si le patient préfère la position assise, s'il est anxieux ou dyspnéique,
- **Une fièvre** (au-delà de 38,5 °C) oriente vers un foyer suppuré, **des frissons ou une hypothermie**,
- **Un pouls** petit et filant évoque un collapsus,
- **Tension Artérielle**.
- **Le rythme respiratoire**.
- **État de conscience,**
- **Troubles psychiques**

Examen physique local de l'abdomen:

Inspection

- Une asymétrie de la respiration abdominale,
- une distension, une cicatrice,
- des ondulations péristaltiques, CVC/HTP, IHC

Palpation:

a) **Méthode:** sujet allongé à plat, genoux pliés, début à distance de zone douloureuse, tous les quadrants et Flancs , main douce, chaude, appui « aidé » par la respiration, x tours

b) **rechercher**: une sensibilité // défense //contracture,

c) une masse abdominale.

d) examen systématique des **orifices herniaires**+++ (ombilicaux, inguinaux, cruraux, génitaux)

Douleur provoquée: décompression brutale de l'abdomen: renseigne sur le siège de la lésion.
Contracture: **contracture involontaire,** permanente, douloureuse, étendue, invincible (PIED), témoigne de l'irritation péritonéale.
Défense: réaction pariétale douloureuse à la palpation de l'abdomen qui reste depressible.

La palpation va évaluer la Tonicité musculaire

Percussion:

=>recherche:

- Une matité des flancs: épanchement péritonéal (ascite, hémopéritoine);
- Un tympanisme: météorisme (occlusion), disparition de la matité préhépatique (PNP).

Auscultation :

⇒ recherche:

- Un silence auscultatoire (iléus paralytique, péritonite);
- Bruits hydro-aériques (occlusion);
- Un souffle vasculaire (AAA).

Examen général des autres appareils:

- pulmonaire, cardio-vasculaire, neurologique, urinaire…

Touchers pelviens:

Toucher rectal: fondamental+++

- Décubitus dorsal
- Cuisses fléchies sur le tronc
- Genoux repliés tenus par les mains
- Demander au patient de pousser

⇒ Accès au cul-de-sac de Douglas (péritoine)

⇒ Recherche:

- Une douleur: signe d'irritation;
- Sensation de tension douloureuse: épanchement liquidien intrapéritonéal;
- Présence ou absence de selles dans l'ampoule rectale;
- Présence de sang (rectorragie, tumeur);
- Tumeur colique débordant dans le CDS de Douglas.

Toucher Vaginal: systématique

⇒ recherche:

- Masse latéro-utérine: rupture de GEU, torsion de kyste ovarien, salpingite;
- Douleur à la mobilisation utérine;
- Hémorragie utérine, leucorrhées.

Au terme de l'interrogatoire et de l'examen clinique, il est possible de « classer » en première intention ce syndrome douloureux en :

→ **« HYPOTHÈSES DIAGNOSTICS »**

- Syndrome occlusif ;
- Syndrome péritonéal ;
- Syndrome hémorragique ;
- Syndrome **isolé**, mais évocateur d'un diagnostique ;
- Syndrome douloureux avec manifestations extra-abdominales ;
- Syndrome douloureux isolé aspécifique (D.A.N.S).

L'objectif initial n'est pas tant de poser un diagnostic définitif que d'identifier les patients qui ont besoin d'une intervention chirurgicale rapide.

Quand appeler le chirurgien?

L'existence ou non de signes de gravité locaux et/ou généraux permet de catégoriser l'urgence abdominale:

- Soit il s'agit d'une SU (**super urgence), la douleur abdominale s'accompagne de signes de choc (signes de gravité généraux)**. Il faut alors engager des mesures de réanimation et prendre en charge le malade en vue d'une chirurgie, ou le placer en unité de soins intensifs ;

« la salle de radio est un lieu sombre et isolé où les patients des urgences vont mourir »

- Soit il s'agit d'une UV (**urgence vraie), la douleur abdominale s'accompagne de signes de gravité locaux évidents** (syndrome occlusif ou péritonéal), on suspecte une appendicite, une cholécystite, une sigmoïdite, une hernie étranglée. La biologie préopératoire est dirigée en fonction de cette suspicion diagnostique. On discute des examens radiologiques nécessaires pour confirmer le diagnostic ou décider de la stratégie médicochirurgicale.;
- Soit il s'agit d'une UR (**urgence relative), la douleur abdominale ne s'accompagne d'aucun signe de gravité local ou général (syndrome douloureux isolé ou réactionnel)**.

Les questions à résoudre sont :

1) le diagnostic est-il fait, suspecté, ou indéterminé ?
2) faut-il hospitaliser le patient et pourquoi ? ;
3) quel examen radiologique demander et quand (en urgence ou en différé) ?

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

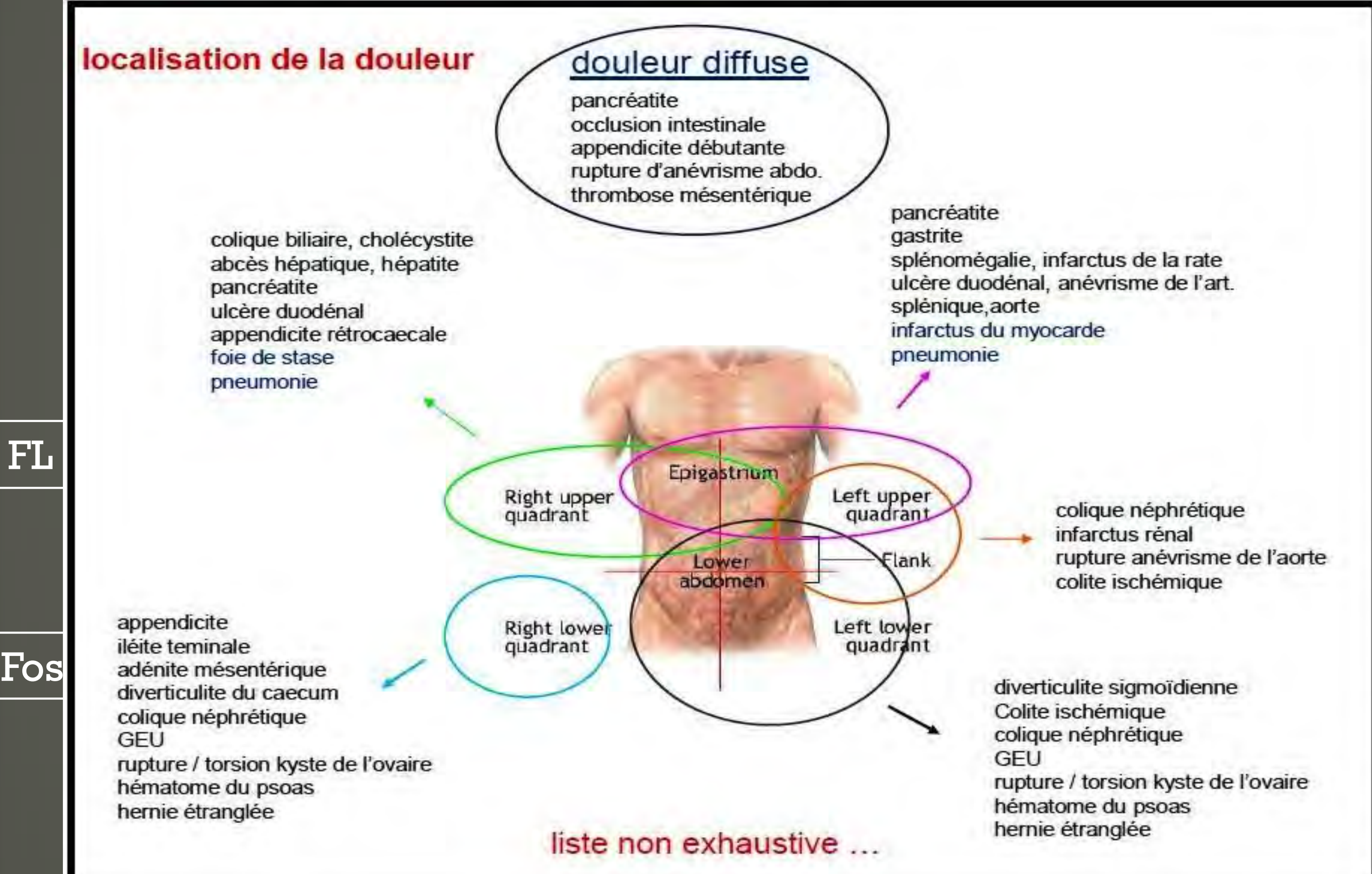
? Causes de la douleur abdominale aigue

- Causes infectieuses
- Causes inflammatoires
- Causes vasculaires
- Causes mécaniques obstructives
- Causes extra-abdominales irradiées

DOULEUR SELON LE SIÈGE:
Douleur LOCALISEE à un quadrant de l'Abdomen

FL

Fos



he

Douleur abdominale diffuse ou GÉNÉRALISÉE

Fait penser à l'urgence chirurgicale type+++
diagnostics chirurgicaux :

SYNTHÈSE DES DONNÉES CLINIQUES => PRINCIPAUX SYNDROMES:

SYNDROME OCCLUSIF

SYNDROME PERITONEAL ou SEPTIQUE

SYNDROME VASCULAIRE:

- SYNDROME VASCULAIRE AVEC EDC HEMORRAGIQUE
- SYNDROME VASCULAIRE AVEC EDC NON HEMORRAGIQUE

Traumatique
Non traumatique

- Péritonite aiguë.
- Pancréatite aiguë.
- Occlusion intestinale aiguë.
- Colite inflammatoire (Crohn, RCH) ou infectieuse :
  - les douleurs sont plutôt en cadre le long du côlon ;
  - les colites infectieuses peuvent être d'origine bactérienne ou virale et avoir un syndrome infectieux important ;
  - leur traitement est médical. La chirurgie n'est indiquée qu'en cas de volumineuse colectasie avec un risque de perforation important et des signes infectieux non contrôlables.
- Infarctus mésentérique.
- Rupture de l'aorte abdominale

Syndrome occlusif

Définition: C'est un état caractérisé par ***l'arrêt plus ou moins complet du transit intestinal***, apparaissant brutalement ou progressivement, et aboutissant en règle à la mort, en l'absence de thérapeutique rapide et efficace

4 signes cliniques caractéristiques

« CARRE DE MONDOR »

Douleur abdominale+++

Arrêt des matières et des gaz

Vomissements

Météorisme

Occlusion par strangulation / obstruction

GRELE

- -vomissements: fréquents et précoces
- -arrêt des matières: tardif, ± masqué par la vidange du bout distal
- -météorisme: modéré, central, parfois absent
- -ASP: NHA + larges que hauts

COLON

- -vomissements: tardifs
- -arrêt des matières et des gaz: précoce
- -météorisme: volumineux, en cadre ou asymétrique
- -ASP: NHA + hauts que larges

Rappel Physiopathologique

Diffère selon: 1-le Siège

Haute

Sécrétions physiologiques abondantes et échanges importants

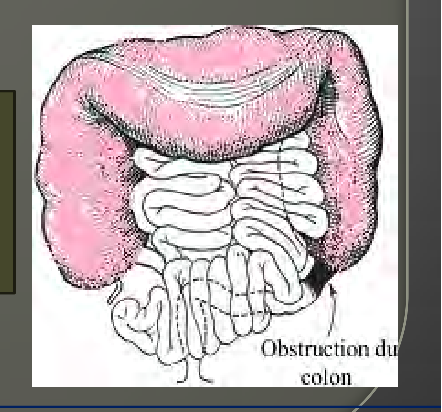


Réabsorption est pratiquement terminée





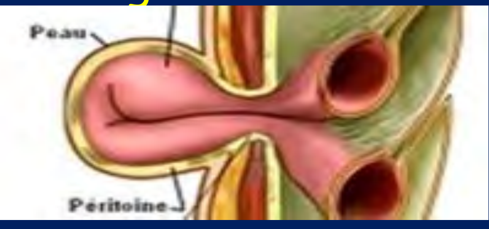
Les répercutions sont d'autant plus importantes que l'obstacle est plus haut situé sur le tube digestif



2-le Mécanisme

Strangulation

1-Etranglement Herniaire



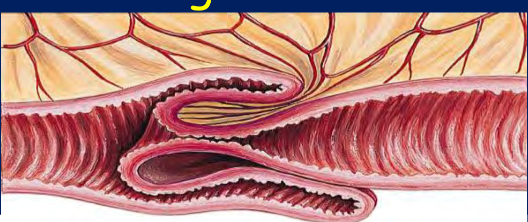
2-Sur Bride



3-Volvulus



4-Invagination



Fonctionnelle

=

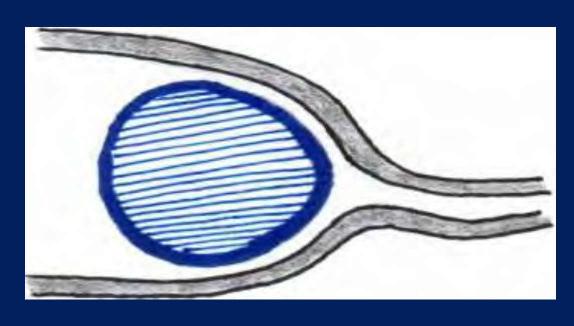
Iléus reflex
Foyer inflammatoire
Foyer infectieux
Douleur
Sang

paralysie intestinale donc pas de péristaltisme
les vomissements sont rares

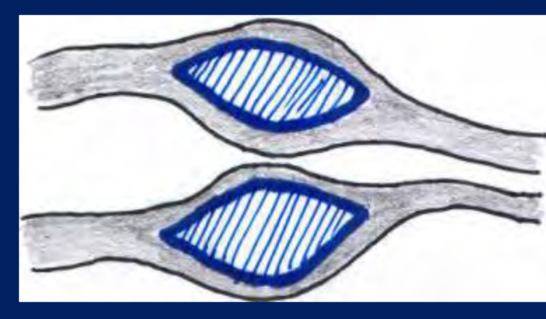
Volume du 3ème secteur est élevé
Altérations pariétales tardives

Obstruction

1-Obstacle Endoluminal



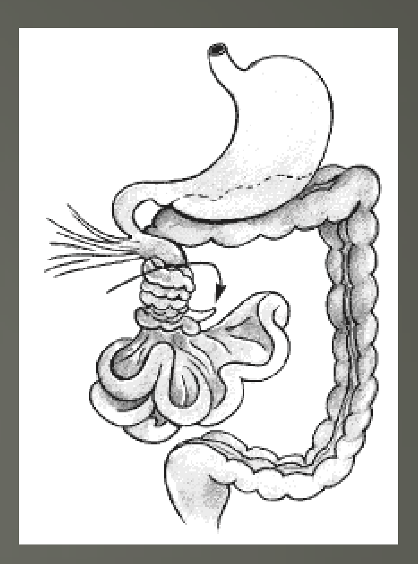
2-Obstacle pariétal



3-Compression extrinsèque



ETIOLOGIES



- **grêle**
  - volvulus
  - bride
  - Étranglement herniaire
  - tumeur
  - bézoard
  - lithiase biliaire (iléus biliaire)
  - Diverticule de Meckel

- **côlon**
  - Tumeur maligne
  - Tumeur bénigne (maladie inflammatoire)
  - volvulus du colon pelvien
  - Constipation terminale
  - Colectasie aiguë
  - (Syndrome d 'Ogilvie)

Syndrome péritonéal

Douleur péritonéale : D'apparition brutale, elle est intense, se généralise rapidement à tout l'abdomen, s'accompagne de signes généraux et d'une contracture abdominale à la palpation.

- **DÉFENSE :** douleur provoquée par la palpation abdominale et entraînant une contraction réflexe de la paroi (valeur de localisation +++)

- **CONTRACTURE :** douleur spontanée intense entraînant une contraction permanente de la paroi (« ventre de bois ») (péritonite généralisée)

Le P.I.E.D. de la contracture: PERMANENTE-INVINCIBLE-ETENDUE-DOULOUREUSE

- **SIGNES ASSOCIÉS:** hyperthermie, nausées, vomissements, frissons, signes de choc septique (hypoTA, tachycardie…), troubles du transit…

- **Perforation:**
  - gastroduodénales (ulcère++, iatrogène, tumeurs)
  - grêle (tumeurs, corps étranger)
  - colon (diverticulose, tumeurs, iatrogène, appendicite)

- **Inflammation**
  - vésicule (CAL, lithiase)
  - Angiocholite (choléstase clin+ bio)
  - pancréas (pancréatite, tumeur)
  - grêle (Crohn)
  - colon (appendicite A, RCH, Crohn)

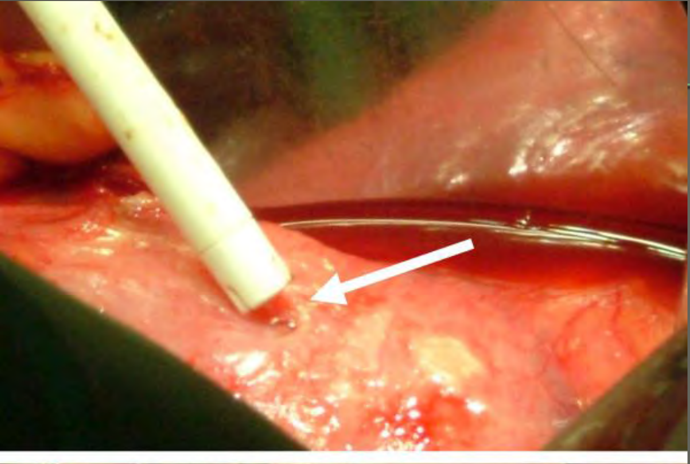


Fig. 1 Ulcère duodénal perforé

Fig.2 Cholécystite aigue



Fig. 3. Cancer colique perforé

Dr Brahimi Amar déc.-16

Syndrome d'ischémie aigüe mésentérique: IEM

Il existe deux mécanismes d'infarctus mésentérique : **par thrombose ou par embolie** ;

LE DIAGNOSTIC précoce peut être fait devant:

- ATCDS cardio-vasculaires;
- **Une douleur brutale, intense, profonde, diffuse** nécessitant de la morphine, contrastant avec un **examen physique** quasi **normal++++**
- **un syndrome péritonéal** associé: intensité variable, dépend du degré de nécrose et/ou de perforation
- **une hématémèse, +/-hémorragie** digestive basse (TR souillé de sang: méléna);
- **rechercher** : arythmie cardiaque (ACFA), artérite des MI
- CT-Scan: fait le diagnostic

BIOLOGIE: Hyperleucocytose + acidose métabolique; LDH, CPK (nécrose);

ETIOLOGIES

- Atteinte artérielle: thrombus coeliomésentérique, embolie artérielle, bas débit prolongé +++
- Atteinte veineuse: pyléphlébite aiguë septique (appendicite, sigmoïdite…), état d'hypercoagulabilité

LE TRAITEMENT est conservateur dans la mesure du possible:

- embolectomie ou thrombectomie mésentérique,
- résection d'une anse nécrosée si l'ischémie est limitée.

Il s'agit d'une pathologie grave dont le pronostic dépend du délai diagnostique et thérapeutique.

Syndrome hémorragique abdominal

HDG
GEU rompue
RAAA
TRAUMATISME

- **Saignement intra-luminal : hémorragie digestive haute ou basse**

➔ Douleurs abdominales diffuses (modérées, pas de péritonisme)

➔ +/- hématémèse, mélaena, rectorragies, EDC hémorragique

➔ Rupture d'Ulcère GD, RVO, tumeur, Meckel, diverticulose

- **Saignement intra-péritonéal (rupture de GEU)**

➔ Jeune femme en âge de procréer;

➔ retard dans cycle menstruel;

➔ **douleur** localisée au pelvis puis généralisée à tout l'abdomen;

➔ Syndrome péritonéal: **contracture** (intensité variable)

➔ **EDC: Syndrome hémorragique** (hypovolémie, hypoTA, agitation, sueurs profuses, tachycardie, polypnée avec battement des ailes du nez, angoisse, pâleur+++++)

➔ **TV: Masse latéro-utérine sensible**

➔ **Dosage des béta-HCG; échographie pelvienne: masse latéro-utérine + utérus vide**

- **Rupture Aigue de l'Aorte Abdominale:**

➔ sujet âgé

➔ ATCDS cardio-vasculaires;

➔ **Douleur** abdominale et dorso-lombaire brutale;

➔ **EDC**;

➔ **Masse abdominale battante et soufflante**;

➔ **ASP: calcifications vasculaires internes en avant du rachis DL/ TDM confirme.**

Pancréatites aigues:

Définition:

- La pancréatite est une inflammation du pancréas → **Auto-digestion du pancréas** et éventuellement des organes de voisinage par ses propres enzymes.
- Le pancréas est une grande glande située derrière l'estomac.

Rappel physiologique:

Le pancréas est une glande exocrine et endocrine:

- La **fonction exocrine** du pancréas est la **sécrétion des enzymes** pancréatiques dans le duodénum, par le canal de Wirsung. Ces dernières participent à **la digestion et l'absorption des protéines et des lipides**
- La **fonction endocrine** est la sécrétion **d'hormones régulant la glycémie** : l'insuline et le glucagon principalement.

Physiopathologie:

- Dans la pancréatite, les enzymes qui aident à digérer les graisses, les protéines et les hydrates de carbone de la nourriture deviennent **anormalement actifs** à l'intérieur du pancréas et commencent à digérer la glande (avec phénomènes locaux pro-inflammatoires aboutissant à un tableau de pancréatite aigue).

Gravité:

– Affection gràve pouvant se compliquer de nécrose, d'infection et de défaillances viscérales multiples

– Pancréatite aiguë œdémateuse:

→ La plus fréquente

→ Oedème du pancréas , d'évolution habituellement bénigne

– Pancréatite nécrotico-hémorragique:

• Nécrose du pancréas et coulées inflammatoires extra-pancréatiques; • 50 % de mortalité

• Étiologies:

– Principales causes:

- **Lithiase biliaire** (migration cholédocienne): 50 % des cas;
- **Alcoolisme chronique:** 30 à 40 % des cas;

– Autres:

- Pancréatites aiguës postopératoires (chirurgie abdominale et thoracique) ou après CPRE
- Toutes les causes de pancréatite chronique
- Obstructions des canaux pancréatiques (ex: tumeur)
- Hypertriglycéridémie
- Infections virales
- Médicaments

• Signes cliniques:

- **Douleur pancréatique très caractéristique** →
- Vomissements
- Arrêt incomplet du transit par iléus paralytique
- Fièvre à 38-38,5° C
- Voire un EDC avec défaillance multiviscérale.

– Examen clinique:

- **La pauvreté des signes physiques contraste avec la gravité du tableau**
- Tympanisme
- Défense épigastrique

DRAME PANCREATIQUE DE DIEULAFOY:
➢ **INTENSITE DES SIGNES FONCTIONNELS**
➢ **PRECOCITE DES SIGNES GENERAUX**
➢ **PAUVRETE DES SIGNES PHYSIQUES**

Douleur pancréatique: CARACTERES

- **Siège** épigastrique, médian ou en barre sus ombilicale, de l'hypochondre droit a l'hypochondre gauche **(en ceinture);**
- **Irradiation** transfixiante (impression ressentie par le patient d'une douleur qui le traverse de part en part, l'obligeant à la génuflexion) en ceinture ou postérieure, dorsale.
- **D'intensité** variable: simple gène et pesanteur, ou douleur vive et intolérables.
- **Durée, rythmicité:**
  - à début rapidement progressif,
  - douleur continue sur quelques jours ou semaines dans les pancréatites aigues
  - évolution par crises récidivantes dans les pancréatites chroniques
- **Améliorée** par la position penchée en avant (antéflexion « en chien de fusil ») et la compression épigastrique
- **Augmentée** après la prise alimentaire riche en graisses et/ou alcoolisée.
- **Antalgie**: Résistantes aux antalgiques usuels mais Calmée par les antalgiques majeurs;
- Parfois **insomniante**;
- **Syndrome solaire:** douleur aiguë paroxystique épigastrique, très intense, à irradiation postérieure, calmée par l'antéflexion.

- **Examens complémentaires:**
  - **Signes biologiques:**
    - Hyperamylasémie
    - **Hyperlipasémie +++ 3N**
    - Hyperleucocytose modérée
  - **Signes radiologiques:**
- **Échographie:**
  - Hypertrophie du pancréas
  - Hypo-échogénécité en cas d'oedème
  - Visualisation de calculs vésiculaires
  - Calibre de la voie biliaire principale
  - Pseudo-kystes
- **Scanner:** à 48-72 h Technique de référence pour le diagnostic et l'évaluation de la gravité de la PA:
  - Lésions pancréatiques
  - Coulées nécrotiques péri-pancréatites

- **Complications:**
  - Infection des zones de nécrose
  - Défaillance multiviscérale (poumons, foie, reins, SNC)
  - Pseudo-kystes
  - Hémorragies: Ulcérations des vaisseaux de voisinage; HTP segmentaire
  - Fistules pancréatiques
  - Cytostéatonécrose à distance
  - Dénutrition

- **Signes de gravité: « scores »:**

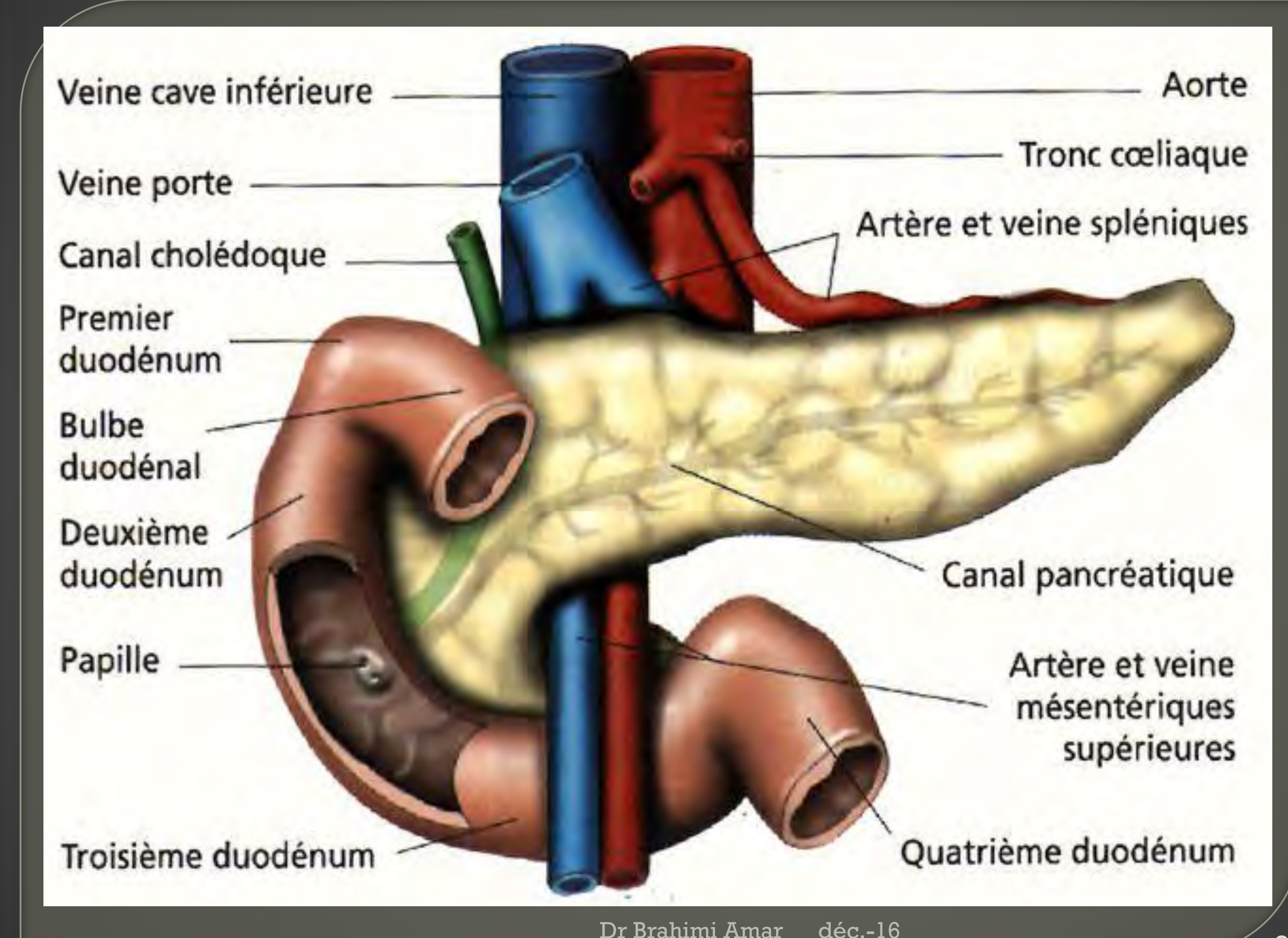
Cliniques:
  - Age > 55 ans
  - **Choc hypovolémique**
  - Oligo-anurie
  - Troubles neuro-psychiques
  - Détresse respiratoire
  - Insuffisance hépato-cellulaire
  - Ischémie cardiaque

Signes biologiques:
  - Hyperleucocytose
  - Hyperglycémie
  - Élévation des LDH
  - Élévation des ASAT
  - Chute de l'hématocrite
  - Élévation de l'urée
  - Hypocalcémie • Hypoxie
  - Chute des bicarbonates
  - Élévation de la CRP

Signes scannographiques:
- Présence et importance des **collections liquidiennes** péripancréatiques
- Présence et importance de la **nécrose pancréatique**

Principes de prise en charge de la PA: doit être multifactorielle ++++

- **Évaluation du retentissement clinique:** présence de signes de choc?
- **Mesures de réanimation selon la gravité**:
  - Remplissage vasculaire massif (réhydratation) compte tenu de la déperdition volémique majeure au cours des PA sévères;
  - Oxygénothérapie et ventilation mécanique en cas d'hypoxémie réfractaire;
  - Épuration extrarénale en cas de défaillance rénale aigue.
- **Traitement multimodal de la douleur,** en allant jusqu'aux morphiniques si besoin.
- **Traitement nutritionnel** rapide (débuter dans les 24-48 heures), en privilégiant la voie entérale pour limiter les complications infectieuses.
- **Traitement étiologique,** surtout dans le cadre de la maladie lithiasique avec SE et extraction des calculs intracholédociens.
- **Surveillance** clinique, biologique et radiologique rapprochée.
- Secondairement, **traitement des complications éventuelles**: surinfection de nécrose (traitement antibiotique de l'infection), fistule pancréatique, Pseudokystes.


Veine cave inférieure
Aorte
Tronc cœliaque
Veine porte
Artère et veine spléniques
Canal cholédoque
Premier duodénum
Bulbe duodénal
Deuxième duodénum
Canal pancréatique
Papille
Artère et veine mésentériques supérieures
Troisième duodénum
Quatrième duodénum

DIAGNOSTIC DIFFERENCIEL:

Éliminer ce qui n'est pas une urgence chirurgicale

Mais les douleurs abdominales généralisées peuvent révéler des pathologies **médicales aiguës:**

Diagnostics médicaux:
- Colique néphrétique, pyélonéphrite
- Ulcère gastroduodénal aigu
- Diverticulite, sigmoïdite++
- Salpingite
- Crohn à forme douloureuse
- TFI: dg d'élimination

2 dgs fréquents mais trompeurs:
- Gastro-entérite
- Constipation prolongée

Les priorités:

L'urgence chirurgicale n'est pas et ne doit pas être un diagnostic d'élimination→
On doit à tout pris y penser en premier lieu (IEM, GEU, OIA, PAG, CAG, AA, PA…)
La vie du malade est en jeu

Tableaux pseudo-chirurgicaux pouvant générer des erreurs graves:
- **Infarctus du myocarde +++**
- **pneumopathie aiguë, pleurésie**
- **Péricardite aiguë**
- **l'insuffisance cardiaque,**
- **l'ascite décompensée,**
- **Hépatite cytolytique aiguë, hépatite alcoolique**
- **l'acidocétose diabétique,**
- **une crise drépanocytaire,**
- **la porphyrie intermittente aiguë,**
- **une insuffisance surrénale aiguë**
- **des intoxications**

Pour étayer les hypothèses diagnostics formulées, des examens complémentaires sont nécessaires:

1. *Biologie*

Ne demander que les examens avec retour de résultats rapides:

- **Tests généraux non spécifiques mais très sensibles (aide à l'évaluation de la gravité):**

NFS systématique.

Ionogramme sanguin : il permet de chercher des complications liées au trouble digestif : déshydratation, acidose métabolique en cas de choc ou d'ischémie intestinale, hypokaliémie en cas de vomissements ou de diarrhée abondants.

Certaines causes de douleurs abdominales aiguës sont dues à des **troubles ioniques**: hypercalcémie, acidocétose diabétique, insuffisance surrénale aiguë.

Crasse sanguine: TP-TCA, groupe-Rh-RAI sont systématiques en cas d'hémorragie digestive

Lipasémie : son élévation à plus de 3 fois la normale en cas de douleur abdominale signe la pancréatite aiguë.

- **Tests spécifiques (évaluant la souffrance d'un organe ou le retentissement d'un événement sur le parenchyme):**

Bilan hépatique (transaminases, GGT, phosphatases alcaline, bilirubine fractionnée).

Dosage des enzymes cardiaques : Troponine I, CK-MB.

Bandelette urinaire, β-HCG et ECG : infection ou colique néphrétique, une grossesse extra-utérine ou une affection cardiaque (infarctus inférieur ou péricardite).

Protéine C réactive : recherche d'un syndrome inflammatoire; (PCT).

ECBU: devant toute anomalie de la bandelette urinaire.

Hémocultures: en cas de fièvre avec frissons ou supérieure à 39 °C.

- **Tests en cas de détresse vitale:**

GDS, LACTATES, LDH…

2. L'ASP

- Clichés : Face couché, Profil couché, Face debout, Cliché centré sur l'hypochondre droit en décubitus latéral gauche.
- Surtout utile en cas de syndrome occlusif, PNP

3. L'échographie

- Aide à la démarche Dg, en cas de DAA, et aux techniques de réanimation
- **Objectifs :**
  - **Recherche d'épanchements liquidiens intra-péritonéaux**
  - **Analyse de la vésicule biliaire**
  - **Analyse de l'appendice**
  - **Analyse de l'appareil génital féminin (endovaginale +++)**
  - **Analyse des reins**
- **Limites :**
  - **Gaz digestifs (occlusions)**
  - **Analyse de la paroi digestive (dépend de l'opérateur)**

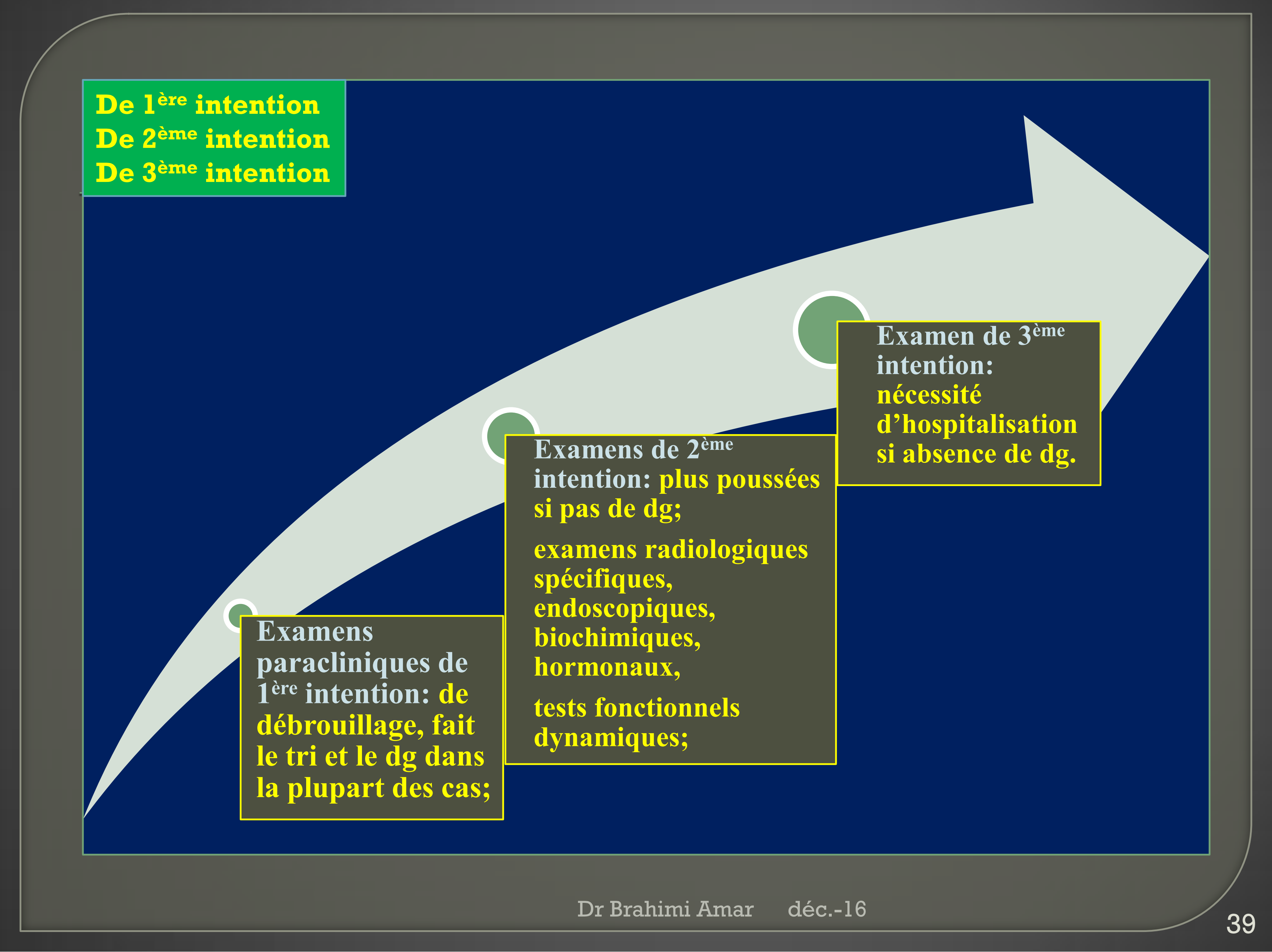
4. La Tomodensitométrie: EXAMEN DE REFERENCE+++

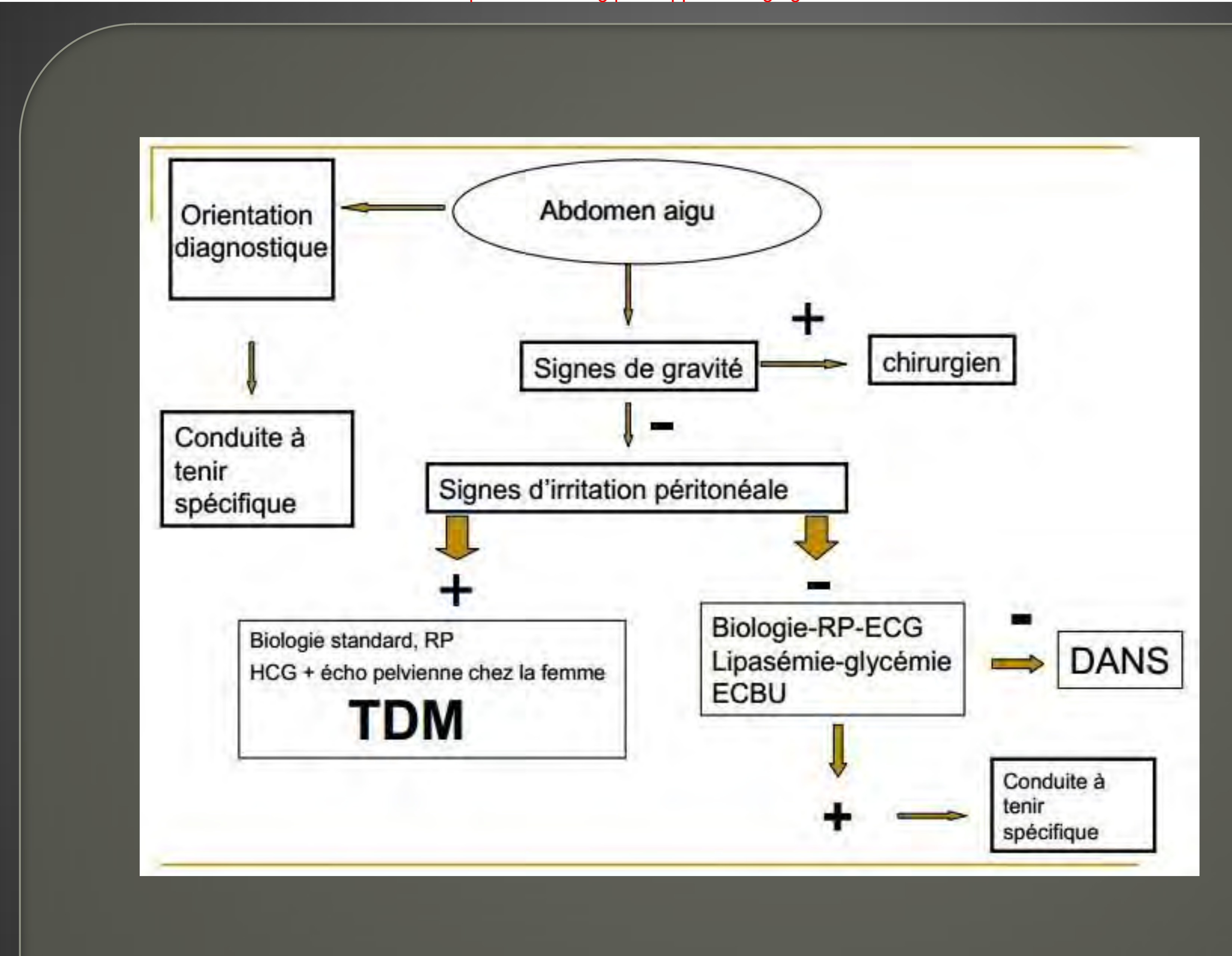
- **Technique la plus performante :**
  - dans toutes les situations
  - Pour toutes les pathologies :
    - intrapéritonéales
    - rétropéritonéales
    - pelviennes

→Décision sans retard d'un bloc, diminution des laparotomies inutiles ou blanches, diminution du temps d'hospitalisation.

- **Mais :**
  - Irradiante
  - Nécessite le plus souvent une injection de PdC
- **Nécessité de trier les indications**
  - Uniquement lorsque l'échographie n'est pas applicable avec un bon niveau de pertinence
  - Dès que le diagnostic erre.

5.Cœlioscopie exploratrice : disponibilité du plateau technique


De 1ère intention
De 2ème intention
De 3ème intention
Examens paracliniques de 1ère intention: de débrouillage, fait le tri et le dg dans la plupart des cas;
Examens de 2ème intention: plus poussées si pas de dg;
examens radiologiques spécifiques, endoscopiques, biochimiques, hormonaux,
tests fonctionnels dynamiques;
Examen de 3ème intention: nécessité d'hospitalisation si absence de dg.
Dr Brahimi Amar déc.-16
39


Orientation diagnostique
Abdomen aigu
Conduite à tenir spécifique
+
Signes de gravité
chirurgien
-
Signes d'irritation péritonéale
+
-
Biologie standard, RP
HCG + écho pelvienne chez la femme
TDM
Biologie-RP-ECG
Lipasémie-glycémie
ECBU
-
DANS
+
Conduite à tenir spécifique

CONDUITE THERAPEUTIQUE :

- La prise en charge thérapeutique se fera en fonction du tableau clinique et des signes associés ; un certain nombre de gestes doivent être effectués :

1. **Réanimation : mise en condition du patient =>** deux voies veineuses, oxygénothérapie, sonde naso-gastrique, sonde urinaire, son but :
   - Restaurer la fonction respiratoire (libérer VAS, drainage d'un épanchement pleural),
   - Restaurer la fonction circulatoire (perte de masse sanguine, séquestration liquidienne par 3ème secteur),
   - Rééquilibration hydro-électrolytique.
2. **Antalgique** dès qu'un diagnostic étiologique est fortement suspecté ou confirmé ;
3. **Antibiothérapie** adaptée ;
4. **Traitement spécifique** de l'étiologie.

EN RESUME: RETENEZ QUELQUES POINTS FORTS:

- L'interrogatoire est le temps primordial de l'examen clinique d'une douleur abdominale.
- La douleur abdominale est un symptôme très fréquent. Sa gravité doit être évaluée rapidement afin de ne pas retarder le traitement.
- La défense, la contracture et l'occlusion intestinale signent une douleur abdominale chirurgicale.
- La clinique est essentielle pour le diagnostic étiologique et de gravité des douleurs abdominales.
- Le scanner abdominal permet une analyse précise des structures intra-abdominales notamment du tube digestif

CONCLUSION

- L'analyse de la douleur +++
- Bonne connaissance des quadrants de l'abdomen et donc de l'anatomie clinique
- La plupart des douleurs abdominales sont médicales ou non spécifiques
- Bien reconnaître une cause chirurgicale et surtout une urgence à opérer sans délai
- Diagnostic d'appendicite le plus fréquent, mais le plus difficile

Bibliographie:

EN SAVOIR PLUS

- Flamant Y. Douleurs abdominales aiguës. In Fagniez PL, Houssin D, eds. Chirurgie digestive et thoracique, Vol. 2. Paris: Masson, 1991. pp. 43-7.
- DUCROTTE Ph. La douleur abdominale : le point de vue du gastroentérologue.
- Gastroentérologie Clinique et Biologique [en ligne]. Paris : Masson. Mars 2003, Vol.
- 27, N° Sup. 3, 68-72 p. : http://www.em-consulte.com/article/99697

RECOMMANDATION

- National Guideline Clearinghouse. Chronic abdominal pain in children [en ligne]. :
- http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=6630
- Société Francophone de Médecine d'Urgence : Séminaire S.F.M.U. 2001. Douleurs abdominales non traumatique.
- L. Chiche, E. Roupie, P. Delassus. Prise en charge des douleurs abdominales de l'adulte aux Urgences. J Chir 2006, 143, N°1 • © Masson, Paris, 2006
- Bellanger J, Desaint B. Douleurs abdominales : du syndrome au diagnostic. EMC – Traité de Médecine Akos 2015 ; 10(4) : 1-14 [Article 1 -0420].

"Pour devenir médecins, il ne suffit pas, Messieurs, d'accomplir les études réglementaires et des actes probatoires.

Le diplôme que l'Université délivre peut faire de vous des docteurs ;

mais vous ne deviendrez Médecins que par votre propre initiative."


MERCI


Je suis fatigué!

La douleur pariétale : (expression du péritoine viscéral sur le péritoine pariétal)

Douleur:
- Localisée
- Généralisée
- projetée

- **Siège:** les 9 quadrants de l'abdomen
- **Irradiations :** **certaines irradiations douloureuses orientent d'emblée vers l'atteinte d'un organe.**
  - **L'irradiation douloureuse à la pointe de l'omoplate droite oriente vers une origine hépato-biliaire,**
  - **l'irradiation transfixiante d'une douleur épigastrique vers une origine pancréatique,**
  - **l'irradiation vers les organes génitaux externes vers une affection urologique…**
- **Mode d'installation:** Mode de début
  - **une douleur brutale**, dont on peut préciser le moment exact de survenue, oriente vers une perforation, une embolie ou une rupture (anévrisme, grossesse extra-utérine…).
  - **Une douleur d'installation rapide**, en quelques minutes et maximale en quelques heures oriente vers un obstacle, une ischémie ou une torsion.
  - **Les douleurs d'installation progressive** en quelques heures voire quelques jours évoquent plutôt un foyer inflammatoire ou infectieux ou une obstruction.
  - **L'aggravation progressive d'une douleur**, tant en intensité qu'en fréquence, témoigne d'une évolutivité de la pathologie sous-jacente. Elle en exprime souvent la gravité.
- **Type:** Crampe, Brûlure, Pesanteur, colique, déchirante, battante;
- **Intensité, évolution** (intensité croissante?), disparition (péjoratif)

NB : La rémission de la douleur n'est pas nécessairement un signe d'amélioration. Elle peut correspondre à une période d'accalmie ou même à l'épuisement des défenses de l'organisme

- **Ancienneté:** aiguë ou chronique
- **Rythme:** continu, permanent ou intermittent
- **Facteurs influençant la douleur:**
  - la marche et l'inspiration profonde
  - Position antalgique ?
  - Alimentation ?
  - Emission de gaz ?
- **Facteurs déclenchants:** prise d'alcool, d'AINS, voyage dans pays tropical.
- **Signes accompagnateurs (associés):**
  - **altération de l'état général,**
  - **signes infectieux,**
  - **troubles du transit,**
  - **nausées, vomissements (précédés par la douleur dans la plupart des affections chirurgicales).**
  - **signes urinaires ou gynécologiques,**
  - **hémorragie digestive haute ou basse peuvent accompagner la douleur et orienter le diagnostic.**

Les facteurs d'exacerbation peuvent être :
- les mouvements, la marche (douleurs inflammatoires pelviennes, infection urinaire),
- la toux (hernie étranglée, sigmoïdite, appendicite, salpingite, perforation d'ulcère) ;
- l'inspiration profonde (cholécystite, perforation d'ulcère, pancréatite aiguë) ;
- l'alimentation (occlusion, pancréatite et gastrite).

Douleur pancréatique:

– **Siège** épigastrique, médian ou en barre sus ombilicale, de l'hypochondre droit a l'hypochondre gauche (en ceinture).

– **Irradiation** transfixiante (impression ressentie par le patient d'une douleur qui le traverse de part en part, l'obligeant à la génuflexion) en ceinture ou postérieure, dorsale; ou diffuse dans l'abdomen;

– **D'intensité** variable: simple gène et pesanteur, ou douleur vive et intolérables, en coup de poignard;

Drame abdominal de Dieulafoy: douleurs et signes généraux +++ (état de choc) alors que l'examen clinique est peu modifié.

- **Durée, rythmicité:**
  - à début rapidement progressif,
  - douleur continue sur quelques jours ou semaines, avec la même intensité, dans les pancréatites aigues
  - évolution par crises récidivantes dans les pancréatites chroniques

– Améliorée par la position penchée en avant (antéflexion « en chien de fusil ») et la compression épigastrique

– Augmentée après la prise alimentaire riche en graisses et/ou alcoolisée

– **antalgie** : résistantes aux antalgiques usuels, Calmée par les antalgiques majeurs;

– Parfois **insomniante**;

– **Syndrome solaire:** douleur aiguë paroxystique épigastrique, très intense, à irradiation postérieure, calmée par l'antéflexion.

Signes cliniques accompagnateurs :

- **Vomissements**
- **Arrêt incomplet du transit par iléus paralytique**
- **Fièvre à 38-38,5° C**
- **Voire un EDC avec défaillance multiviscérale.**

Colique hépatique = douleur biliaire

Distension AIGUE des voies biliaires, due à un calcul+++, une tumeur ou un parasite

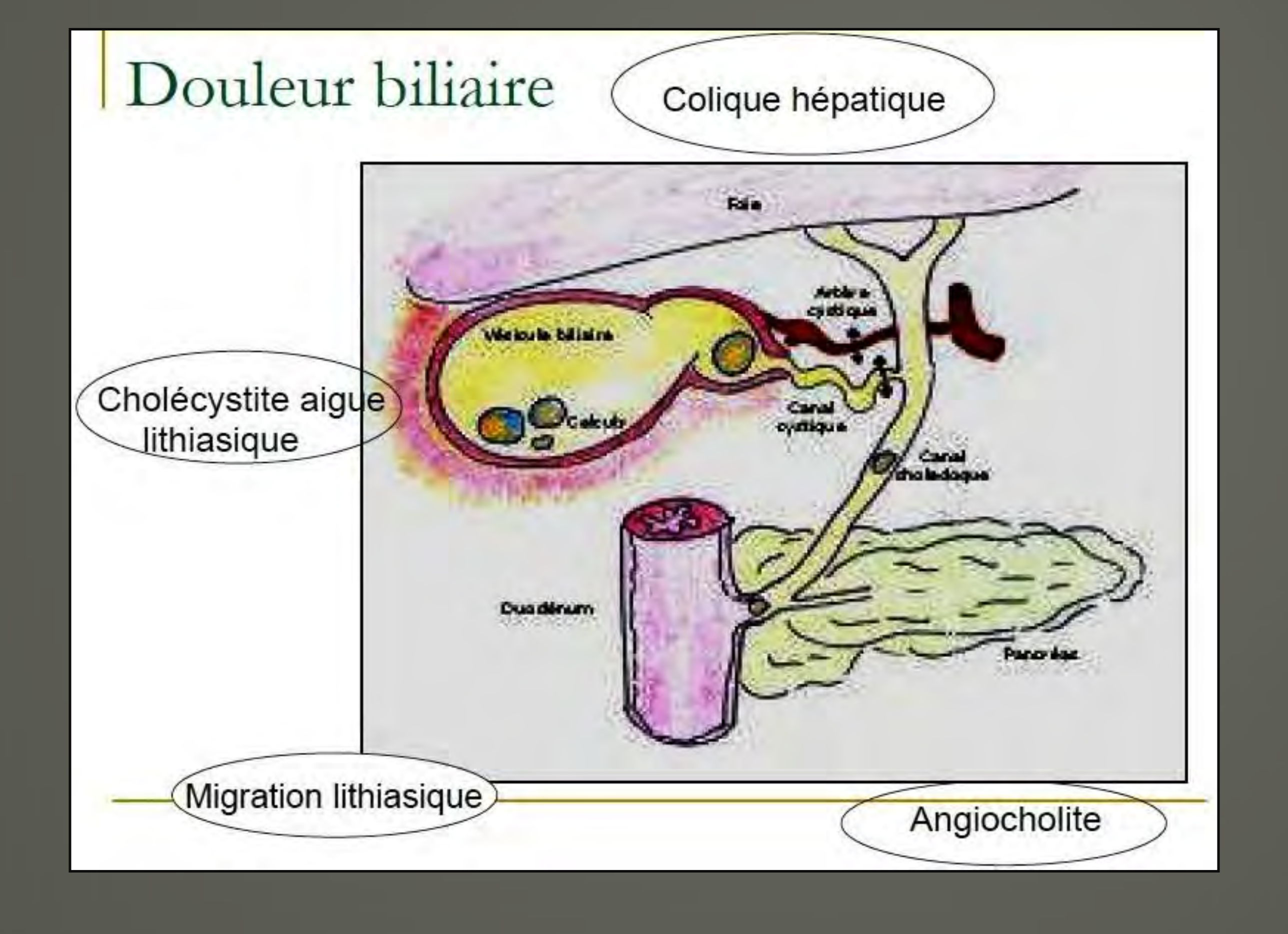
•obstacle cystique => distension vésicule biliaire
•obstacle VBP => distension VB intra-hépatiques
•Caractères de cette douleur biliaire :
•début rapide (< 1 heure),
•Douleur brutale+++, spontanée;
•Douleur vive provoquée par la palpation de l'hypochondre droit.
•Type: torsion, crampe ou broiement intense, ne répond pas aux antalgiques habituels;
•siège aussi souvent dans le creux épigastrique que dans l'hypocondre droit
•Irradiation:
-irradiation postérieure en hemiceinture (vers angle costovertebral droit, omoplate)
-irradiation ascendante vers l 'épaule droite (en bretelle)
•s'accompagne dans plus de la moitie des cas d'une inhibition respiratoire
•**évolue** par crise paroxystique sur fond continu,, habituellement d'une durée de 2 à 4 heures **(< 6 heures)**.
•Fin progressive
•Les vomissements sont fréquents, mais il n'y a ni fièvre, ni ictère, ni anomalie biologique
•**Palpation = signe de Murphy++ (main insinuée sur le rebord costal droit bloque l'inspiration profonde) .**

Signe de Murphy : douleur provoquée et défense au point de Murphy (intersection entre le rebord costal et le bord externe droit du grand droit) dont la particularité est que ça inhibe l'inspiration profonde. Ce signe est pathognomonique d'une cholécystite aiguë (et dans 99 % elle est lithiasique)

La cholécystite aigue : Définition: véritable urgence biliaire=>
inflammation de la vésicule biliaire→Elle résulte de **l'enclavement aigue d'un calcul dans l'infundibulum vésiculaire ou dans le canal cystique**, avec rétention de la bile en amont (obstacle de l'évacuation de la bile par une lithiase)

• **Interrogatoire:**
  •**Douleur de colique hépatique qui persiste (+ de 6 heures)**

•**puis fièvre.**


Douleur biliaire
Colique hépatique
Foie
Artère cystique
Vésicule biliaire
Calculs
Canal cystique
Canal cholédoque
Duodénum
Pancréas
Cholécystite aigue lithiasique
Migration lithiasique
Angiocholite

La Douleur colique :

Les caractéristiques de la douleur colique sont les suivantes :

· **Siège** souvent épigastrique, mais peut également être en cadre, le long de l'ensemble du trajet colique

· **Irradiation** plutôt descendante, dans les deux fosses iliaques ou hypogastrique,

· **Type:** douleurs souvent paroxystiques, à début brutal (évoquant une crampe ou une distension de l'abdomen), diminuant suite à l'émission de gaz ou de selles. Il s'agit de douleurs le plus souvent à type de "colique",

· **Intensité** extrêmement variable suivant la pathologie concernée,

· **soulagée** par l'émission de gaz ou de selles,

· **Horaire** très variable, parfois post-prandial immédiat, notamment en cas diarrhée motrice associée,

· **accompagnée** souvent:

- de gargouillis abdominaux,
- de ballonnements,
- de troubles du transit (constipation, diarrhée)

La douleur appendiculaire

C'est une douleur à la fois Spontanée et provoquée

- **Douleur spontanée**,
  - Débute souvent à l'épigastre, puis se localise à la FID;
  - Elle est rarement intense au début mais continue et insomniante.
  - Elle s'accompagne plus volontiers de nausées que de vomissement, une constipation ou parfois une diarrhée (Gastro-entérite).
- Fièvre à 37,5 - 38 °C.
- un abdomen plat et une **douleur provoquée** avec une défense à la palpation au point de **Mac Burney**
- La douleur provoquée à la décompression a une forte sensibilité.
- **le TR est douloureux**
  - **hyperleucocytose** > 10000 éléments/mm3 à polynucléaires (75%).
  - **Imagerie :** écho ± TDM.
- **Traitement:**
  L'hospitalisation est nécessaire car le traitement des appendicites aiguës est chirurgical : **appendicectomie**.
  Une antibioprophylaxie doit précéder l'acte opératoire.

La palpation provoque une douleur puis une défense ou contracture au **point de Mac Burney** (1/3 externe de la ligne de McBurney joignant l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic). Signe pathognomonique d'un syndrome appendiculaire typique (≠appendicite aiguë).

La douleur gastrique ou duodénale :

L'exemple type de la douleur d'origine gastrique ou duodénale est « le syndrome ulcéreux », lie à la présence d'un ulcère gastrique ou duodénal.

· À **type** de brulure, crampe ou torsion

· De **siège** **épigastrique**

· Habituellement **sans irradiation**

· D'intensité variable, parfois très intense

· Continue ou évoluant par paroxysmes

· **déclenchée par:**

- certaines positions,
- certains médicaments (en particulier les anti-inflammatoires non stéroïdiens, qui augmentent l'acidité gastrique)
- ou les modifications thermiques alimentaires

· **calmée** **par** **l'alimentation, les produits alcalins et les anti-acides.**

· L'horaire est **postprandial, la douleur est rythmée par les repas** survenant de 1 à 4 heures après les repas, et donc parfois responsable de réveils nocturnes .

Douleur des TFI : c'est une douleur abdominale et/ou une sensation d'inconfort dont la survenue est associée à une modification de la consistance des selles et améliorée par l'émission d'un gaz ou de selles.

- **Siège :** Fosse iliaque gauche, flanc gauche, en cadre (dessine le cadre du colon)
- **Type :** spasme, torsion, piqûre…
- **Rythme :** quotidienne ou pluri quotidienne
- **Intensité :** variable. Modérée (inconfort), intensité ++++
- **Horaire :** pas vraiment d'horaire, jamais nocturne insomniante
- **Durée :** quelques secondes à plusieurs heures
- **Facteurs déclenchant :** selles, stress, repas

NB : *Le stress intervient dans l'apparition d'une douleur par des mécanismes hormonaux et inflammatoires. Un épisode de stress peut* déclencher *des sécrétions hormonales et une réaction micro inflammatoire, ce qui peut expliquer une douleur. Ce n'est pas psychosomatique.*

- **Facteurs calmant :** émission d'une selle, vacances, week-end
- **Irradiations :** diffuses

Signes associés

- **Troubles du transit :**
  - ✓Diarrhée : diminution de la consistance des selles, augmentation de la fréquence
  - ✓Constipation : diminution de la fréquence des selles
  - ✓Troubles de l'évacuation rectale : impériosité, efforts de poussée
  - ✓Ballonnement abdominal (sensation ou véritable ballonnement)
- **Examen clinique** normal

→**Contraste** entre :
- ✓Patient avec des plaintes multiples
- ✓Aucune anomalie à l'examen clinique et lors des examens biologiques ou morphologiques

LES DIX COMMANDEMENTS DE LA MEDECINE D'URGENCE:

1. Assurez les fonctions vitales (« ABCs »): liberté des voies respiratoires (Airway), Ventilation (Breathing), circulation (Circulation).
2. Pensez à administrer glucose, vitamine B 1 et naloxone.
3. Faites souvent un test de grossesse.
4. Pensez systématiquement au pire.
5. N'envoyez pas de patient instable en radiologie.
6. Recherchez les principaux signes de danger, par exemple: âges extrêmes, hypotension artérielle orthostatique (hypovolémie), retour au service d'urgence pour un même motif, impossibilité de marcher ou de s'alimenter.
7. Ne croyez personne ni vous-même, ne croyez rien que vous n'ayiez dûment constaté et gardez une place pour le doute.
8. Tirez partez de vos erreurs et de celles des autres pour apprendre (et non pour rivaliser).
9. Conduisez-vous envers les autres (patients et soignants) comme envers vos proches.
10. Dans le doute, choisissez l'option la moins risquée pour le malade.

Wrenn K, Slovis CM, The ten commandments of emergency medecine. *Ann Emerg Med* 1991; 20: 1146-1147).